

# DECLARACIÓN DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

**Nº Expediente**

AGE-SAAD .....

DGAT .....

(Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia)

Identificador de Registro

Número de Expediente

## 1. DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Número de expediente	

## 2. DATOS DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

### 2.1 Datos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Fecha nacimiento	Estado civil
Nacionalidad	Nº de afiliación a la Seguridad Social	
¿Tiene grado de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si. Indicar Grado y Nivel: ..... Fecha resolución: .....		

### 2.2 Domicilio

Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)	
Localidad	Código postal
Teléfono	Correo electrónico

### 2.3 Datos actuales de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social

<input type="checkbox"/> Actividad profesional incluida en el Sistema de Seguridad Social
<input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente <input type="checkbox"/> Viudedad
<input type="checkbox"/> Perceptor/a prestación por desempleo.
<input type="checkbox"/> Excedencia laboral por cuidado de familiares.

### 2.4 Vínculo (de parentesco u otros) con la persona en situación de dependencia

Descripción del vínculo	Convive con la persona dependiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	---

### 3. DECLARACIÓN

D./Dña.

con NIF / NIE

DECLARA de forma expresa y responsable según los términos expresados por la Orden de 7 de noviembre del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula provisionalmente el régimen de acceso a los Servicios y Prestaciones Económicas del sistema para la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de Aragón, y, atendiendo el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, lo siguiente:

- a) Que no está vinculado a un servicio de atención personalizada, ni existe con la persona dependiente ninguna relación contractual (laboral o de otra índole), para la prestación de atención y cuidados necesarios.
- b) Que tienen disponibilidad para prestar el cuidado y atención de forma adecuada y continuada durante un periodo mínimo de un año, salvo que surjan circunstancias sobrevenidas que lo impidan.
- c) Que asume la condición de cuidador no profesional de la persona declarada como dependiente en el domicilio habitual del dependiente con una dedicación de ..... horas/mes. Completa: 160 horas o más/mes. Media: entre 80-159 horas/mes y Parcial: menos de 80 horas al mes. Respiro: máximo 45 días.
- d) Que acepta los programas de formación, información y medidas para los periodos de descanso dictados por la Administración.

....., a ..... de ..... de 20....

(Firma de la persona que solicita la condición de cuidador no profesional)